



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Periodo intergenésico corto como factor de riesgo para
desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de
Trujillo**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTOR:

Astrid Infante Mulatillo

ASESOR:

Dr. Pedro Deza Huanes

Trujillo – Perú

2017

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE:

Dr. Cesar Herrera Gutierrez

SECRETARIO:

Dr. Juan Rojas Ruiz

VOCAL:

Dr. Patricia Urteaga Vargas

ASESOR:

PEDRO DEZA HUANES

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA

PAGINA DE DEDICATORIA

PAGINA DE AGRADECIMIENTOS

TABLA DE CONTENIDOS.....

RESUMEN

ABSTRACT.....

INTRODUCCION.....

MATERIAL Y METODOS.....

RESULTADOS.....

DISCUSION.....

CONCLUSIONES.....

RECOMENDACIONES.....

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....

Anexos:.....

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que el período intergenésico corto es factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en gestantes en el Hospital Belén de Trujillo.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 120 gestantes con edad gestacional mayor de 20 semanas distribuidas en dos grupos: con y sin desprendimiento prematuro de placenta.

Resultados: No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación a la edad materna, edad gestacional y procedencia. La frecuencia de periodo intergenésico corto en gestantes con desprendimiento prematuro de placenta fue 30%. La frecuencia de período intergenésico corto en gestantes sin desprendimiento prematuro de placenta fue 14%. El periodo intergenésico corto condiciona un odds ratio de 2.7 en relación al desprendimiento prematuro de placenta ($p < 0.05$).

Conclusiones: El periodo intergenésico corto es factor de riesgo asociado a desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo.

Palabras Clave: Periodo intergenesico, desprendimiento prematuro de placenta, factor de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate that the short birth interval in pregnant women is a risk factor for Abruption placentae in “Hospital Belen of Trujillo”

Methods: A case – control study was performed with in observational, retrospective and analytical design. This study included 40 pregnant women that presented abruption placentae (cases) and 80 disease-free patients (controls) admitted in Hospital Belen of Trujillo.

Results: There were no significant differences between the groups of study in relation to maternal age, gestational age and provenience. The prevalence of short birth interval in pregnant women with Abruption placentae was 30%. The prevalence of the short birth interval in pregnant women without Abruption placentae was 14%. The short birth interval determines an odds ratio of 2.7 in relation to the Abruption placentae ($p < 0.05$).

Conclusions: The short birth interval is a risk factor for Abruption placentae in the “Hospital Belen of Trujillo.”

Keywords: Birth interval, Abruption placentae, risk factor.

I. INTRODUCCION

1.1 Marco teórico:

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normoinserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación y antes del periodo del alumbramiento^{1,2}.

Se estima que se produce en 6,5 embarazos por cada 1.000 nacimientos. Generalmente, existe grave hipoxia fetal con una separación placentaria considerable, y es común la muerte fetal súbita. El índice de mortalidad perinatal asociado es de 119 por 1.000^{3,4}.

La triada clásica de síntomas es hemorragia, dolor e hipertonía uterina. La hemorragia, escasa y de color oscuro, se da en el 80% de los casos. El dolor suele ser de aparición brusca y lancinante. Las exploraciones complementarias son el registro cardiotocográfico (RCTG) y la ecografía. En el RCTG las contracciones uterinas suelen ser irregulares, con tono basal y frecuencia y amplitud aumentados; un cese de las contracciones refleja aumento del desprendimiento. El registro de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) pone de manifiesto cualquier alteración^{5,6}.

Los factores asociados son: hipertensión arterial, desprendimiento previo, traumatismo, tabaquismo y consumo de drogas, rotura prematura de membranas, anomalías de implantación, edad avanzada, enfermedades tromboembólicas, restricción del crecimiento uterino, rotura prolongada de las membranas, corioamnionitis y embarazo múltiple (es dos veces más común)^{7,8}.

La ecografía es muy útil para excluir una placenta previa, así como para el seguimiento de hematomas retroplacentarios en pacientes con desprendimientos asintomáticos. Los datos de laboratorio no son específicos, pero en especial debe vigilarse la coagulación, ya que se puede evidenciar una coagulación intravascular diseminada^{9,10}.

El tratamiento dependerá de la gravedad del desprendimiento, la edad gestacional y el estado de la madre y del feto. Siempre hay que tener presente que cualquier paciente, incluso con un sangrado leve procedente de un desprendimiento, está en riesgo de tener un desprendimiento grave repentino. Si el feto está vivo, entonces la edad gestacional y el estado fetal también juegan un papel importante en la toma de decisiones^{11,12}.

El período intergenésico se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo, se le considera como aquel período en meses entre la culminación de un embarazo y la fecha de la última menstruación, si se trata de una paciente con ciclos menstruales regulares o basándonos en la edad gestacional por ultrasonido extrapolando el momento en que inició el actual embarazo^{13,14}.

El intervalo entre nacimientos se define como el tiempo transcurrido entre dos nacimientos consecutivos o la medida de tiempo entre la fecha de nacimiento de un niño y la fecha de nacimiento del siguiente niño y se obtiene sumándole 9 meses al período intergenésico.¹⁵

El intervalo entre embarazos es importante porque permite a la madre recuperarse después de un evento obstétrico (aborto, nacimiento pretérmino o a término).¹⁶

Según las últimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud tras el parto de un recién nacido vivo el intervalo recomendado hasta la siguiente concepción es de por lo menos 24 meses con la finalidad de reducir el riesgo de

desenlaces adversos tanto en la madre como en el neonato y tras un aborto espontáneo o inducido la recomendación es que el intervalo hasta la siguiente concepción sea de por lo menos 6 meses por la misma razón¹⁷.

Los resultados obstétricos y perinatales adversos asociados con un intervalo corto entre embarazos persisten aún después de controlar los factores relacionados con mayor riesgo reproductivo que incrementan esta clase de resultados, como el nivel socioeconómico bajo, resultado adverso en el embarazo previo, estilo de vida inestable, falta de uso o uso inadecuado de los servicios de salud y otros determinantes sociales y de comportamiento^{18,19}.

Independientemente de la vía de parto empleada para culminar una gestación previa, existe evidencia emergente la cual señala que el intervalo intergenésico corto está asociado con un mayor riesgo de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. Además, se ha reportado un mayor riesgo de alteraciones en la adherencia placentaria (placenta acreta, increta y percreta); entre los embarazos con periodo intergenésico corto tras un antecedente de cesárea en la gestación previa^{20,21}.

Se ha postulado que un corto intervalo entre gestaciones podría interferir con los procesos normales de remodelamiento de los vasos sanguíneos del endometrio después del parto, con la consiguiente hipoperfusión uteroplacentaria y la aparición de los desenlaces patológicos mencionados²².

1.2 Antecedentes:

Conde A, et al (Venezuela, 2011); desarrollaron una revisión sistemática de tipo metanálisis en el que se incluyeron a 22 estudios analíticos observacionales; con la finalidad de precisar la asociación de intervalo intergenésico corto en relación a la aparición de morbilidad obstétrica, en particular la presencia de desprendimiento prematuro de placenta; en los cuales se incluyeron a 23 478 gestantes; encontrando que la presencia de intervalos intergenésico inferiores a 24 meses se asoció de manera significativa con la presencia de hemorragia del tercer trimestre (desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa) ($p < 0.05$)²³.

Gürol I. et al (Reino Unido, 2012); llevaron a cabo un estudio de cohortes prospectivas con la finalidad de precisar la influencia del periodo intergenésico corto en relación a la aparición de desprendimiento prematuro de placenta, en el que se incluyeron a 399,674 pacientes; en quienes se observó el desenlace de interés en el 8%; encontrando que la frecuencia de intervalo intergenésico corto en el grupo con desprendimiento prematuro de placenta fue de 32% mientras que la frecuencia de intervalo intergenésico óptimo fue de 59%. ; siendo esta diferencia significativa OR = 1.60; IC 95% 1.44 a 1.76; $p < 0.05$ ²⁴.

Conde A, et al (Norteamérica, 2012); desarrollaron una revisión sistemática de tipo metanálisis en el que se incluyeron a 58 estudios observacionales retrospectivos; con la finalidad de precisar la asociación entre la presencia de un periodo intergenésico inferior a 24 meses y la aparición de desenlaces obstétricos adversos; observando asociación entre las variables de interés ($p < 0.05$); planteando como sustrato biológico para esta asociación el mecanismo de remodelamiento anormal de los vasos sanguíneos endometriales, como una condición que afectaría de manera significativa la óptima implantación placentaria²⁵.

Love E, et al (Irlanda, 2012); llevaron a cabo un estudio de cohortes retrospectivas con la finalidad de precisar la influencia del periodo intergenésico respecto a la aparición de desprendimiento prematura de placenta, en el que se incluyeron a 30 937 gestantes las cuales fueron interceptadas en el segundo trimestre de gestación y luego fueron categorizadas según los periodos intergenésicos; observando que la frecuencia del desenlace patológico de interés fue observado en el 3.8% de pacientes con intervalo intergenésico optimo y en el 4.8% de pacientes con intervalo intergenésico optimo; siendo esta diferencia significativa $RR= 1.34$; IC 95% 1.16 – 2.24; $p<0.05$ ²⁶.

Ananth C, et al (Noruega, 2015); llevaron a cabo un estudio con miras a determinar la asociación entre la presencia de un periodo intergenésico corto en relación a la aparición de desprendimiento prematuro de placenta previa; por medio de un estudio de casos y controles prospectivo en el que se incluyeron a 747 566 gestantes; observando que el tener un periodo intergenésico menor a 12 meses se relacionó de manera significativa con mayores frecuencias de desprendimiento prematuro de placenta en relación a las gestantes con periodos intergenésicos óptimos; estos hallazgos fueron independientes de la condición de primipaternidad de las pacientes; $OR=1.39$, IC 95% 1.26 a 1.53 ($p<0.05$)²⁷.

1.3. Justificación:

Tomando en cuenta que el periodo intergenésico corto es una circunstancia clínica observada aún con frecuencia en nuestro medio; siendo considerada una condición con impacto negativo en la salud al haber sido asociada a desenlaces obstétricos tanto maternos como neonatales adversos y considerando por otro lado que es un factor de riesgo potencialmente modificable; se ha descrito la existencia de evidencia reciente que la reconoce como una condición que afecta negativamente el desenvolvimiento de la gestación en sus últimas semanas, a través del compromiso de la estructura endometrial que comprometería la adecuada implantación placentaria; habiéndose identificado su asociación con la hemorragia durante el tercer trimestre en particular

con el desprendimiento prematuro de placenta; resulta conveniente precisar la asociación entre ambas patologías considerando que esta última determina también un impacto considerable en términos de morbilidad materna y neonatal, considerando que no existen estudios en nuestro medio que valoren esta asociación es que nos planteamos la siguiente investigación.

1.4. Formulación del problema

¿Es el período intergenésico corto factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo?

1.5. Objetivos

General

Demostrar que el período intergenésico corto es factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo.

Específicos

Determinar la frecuencia de período intergenésico corto en gestantes con desprendimiento prematuro de placenta.

Determinar la frecuencia de período intergenésico corto en gestantes sin desprendimiento prematuro de placenta.

Comparar las frecuencias de período intergenésico corto entre gestantes con y sin desprendimiento prematuro de placenta.

Hipótesis:**Alternativa:**

El período intergenésico corto es factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo.

Nula:

El período intergenésico corto no es factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo.

2.-Material y Método**2.1 Población Diana o Universo:**

Total de gestantes que estén incluidas dentro de la jurisdicción que corresponda al Hospital Belén de Trujillo.

2.2 Población de Estudio:

Total de gestantes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 - 2015 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

2.3 Criterios de selección:Criterios de Inclusión:

1. Gestantes entre 20 a 35 años
2. Gestantes con paridad menor de 4.
3. Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan determinar las variables en estudio de manera precisa.

Criterios de Exclusión

1. Gestantes con antecedente de desprendimiento prematuro de placenta
2. Gestantes cuyos productos presenten malformaciones congénitas.
3. Gestantes con diabetes gestacional.
4. Gestantes con evidencia de infección de vías urinarias durante la gestación.
5. Gestantes con enfermedad hipertensiva del embarazo.

2.4. Muestra:

Unidad de Análisis

Estuvo constituido por cada gestante atendida en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 - 2015 y que cumplieron con los criterios de selección.

Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por la historia clínica de cada gestante atendida en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 - 2015 y que cumplieron con los criterios de selección.

2.5. Tamaño muestral:

La muestra estuvo constituida por 120 pacientes de los cuales 40 de ellos corresponden a los casos y 80 corresponde a los controles; este número fue calculado empleando la siguiente fórmula estadística para estudios de casos y controles²⁸:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de casos expuestos al factor de riesgo.

p_2 = Proporción de controles expuestos al factor de riesgo.

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$$P1 = 0.32^{24}$$

$$P2 = 0.59^{24}$$

$$R: 2$$

Gurol I, et al en Reino Unido en el 2012 observó que la frecuencia de intervalo intergenésico corto en el grupo con desprendimiento prematuro de placenta fue de 32% mientras que la frecuencia de intervalo intergenésico no corto fue de 59%.

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 40$$

CASOS: (Gestantes con desprendimiento prematuro de placenta) =
40 pacientes

CONTROLES: (Gestantes sin desprendimiento prematuro de placenta) =
80 pacientes

2.6 Diseño específico:

El estudio fue analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles.

		G1	O ₁	O ₂
P	NR			
		G2	O ₁	O ₂

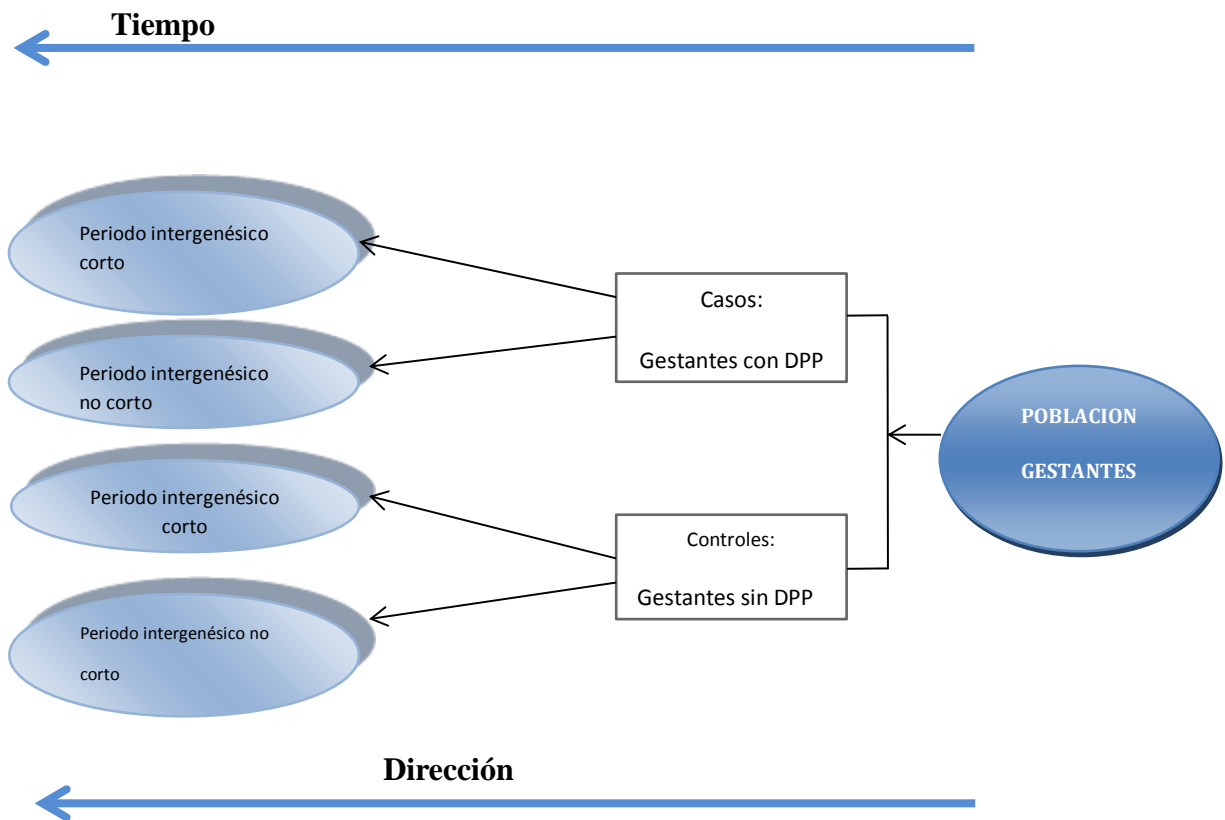
P: Población

NR: No randomización

G1: Gestantes con DPP

G2: Gestantes sin DPP

O₁: Periodo intergenésico corto



DPP: Desprendimiento prematuro de placenta

2.7 Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
DEPENDIENTE Desprendimiento prematuro de placenta	Cualitativa	Nominal	Hallazgos registrados en el reporte de parto o reporte operatorio en caso de cesárea.	Si-No
INDEPENDIENTE: Periodo intergenésico corto	Cualitativa	Nominal	Se tomará como parámetro la fecha en que terminó el embarazo previo y la fecha de la última menstruación que figuren en el carnet perinatal	Si-No
INTERVINIENTE				
Edad materna	Cuantitativa	Discreta	H. clínica	Años
Grado de paridad	Cuantitativa	Discreta	H. clínica	Número de partos

2.8 Definiciones operacionales:

Periodo intergenésico corto: Tiempo que transcurre entre el final de un embarazo (aborto o parto) y el inicio (concepción) del siguiente embarazo menor a 24 meses o 2 años. Para fines operativos se tomará como parámetros la fecha en que terminó el embarazo previo y la de la última menstruación que figuren en el carnet perinatal, si se trata de una paciente con ciclos menstruales regulares o basándonos en la edad gestacional por ultrasonido extrapolando la fecha de última regla²⁶.

Desprendimiento prematuro de placenta: Separación prematura, parcial o total, de una placenta normoinsera de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación y antes del período del alumbramiento; se precisará en función de los hallazgos registrados en el reporte operatorio en el caso de cesárea.

2.9 Procedimiento de recolección de datos

Se acudió al archivo de historias clínicas en donde se registraron los números de las gestantes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 –2015 y que cumplieron con los criterios de selección y luego se procedió a:

1. Seleccionar por muestreo aleatorio simple las historias clínicas pertenecientes a cada uno de los grupos de estudio.
2. Recoger los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaran en la hoja de recolección de datos.
3. Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio (Ver anexo 1).
4. Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.10 Métodos de análisis de datos

El registro de datos que fueron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 20 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias de las variables cualitativas.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio:

Dado que fue un estudio que evaluó la asociación entre 2 variables a través de un diseño de casos y controles; se obtuvo el odds ratio (OR) del periodo intergenésico corto en relación a la presencia de desprendimiento prematuro de placenta.

Se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

		DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	
		SI	NO
PERIODO INTERGENESICO CORTO	SI	a	b
	NO	c	d

Odss ratio: $a \times d / c \times b$

2.11 Consideraciones éticas

El estudio contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Por ser un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)²⁹ y la ley general de salud (Título cuarto: artículos 117 y 120)³⁰.

III.- RESULTADOS

El presente estudio corresponde a un diseño de casos y controles, para lo cual durante el período de estudio correspondiente, identificamos a 2 grupos de pacientes: con y sin desprendimiento prematuro de placenta; para ello se realizó la búsqueda en el sistema informático estadístico del Hospital Belén de Trujillo, identificándose en primer término el número de gestantes con desprendimiento prematuro de placenta observando que durante el periodo 2012 – 2015 se encontraron registrados 78 pacientes con este diagnóstico, accediendo a sus números de historias clínicas; por otro lado se accedió al número de gestantes sin desprendimiento prematuro de placenta en el 2012 – 2015, siendo un total de 7 346 pacientes, accediendo también a sus números de historias clínicas.

Posteriormente se seleccionaron los 40 casos de nuestra muestra de los 78 números de historias clínicas de pacientes con desprendimiento prematuro de placenta, así también se seleccionaron los 80 controles de los 7346 números de historia clínica de gestantes sin desprendimiento prematuro de placenta; esto fue efectuado por medio de muestreo aleatorio simple; corroborando luego en el archivo de historias clínicas el cumplimiento de los criterios de selección.

Tabla N° 01: Periodo intergenésico corto como factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo durante el período 2012 – 2015:

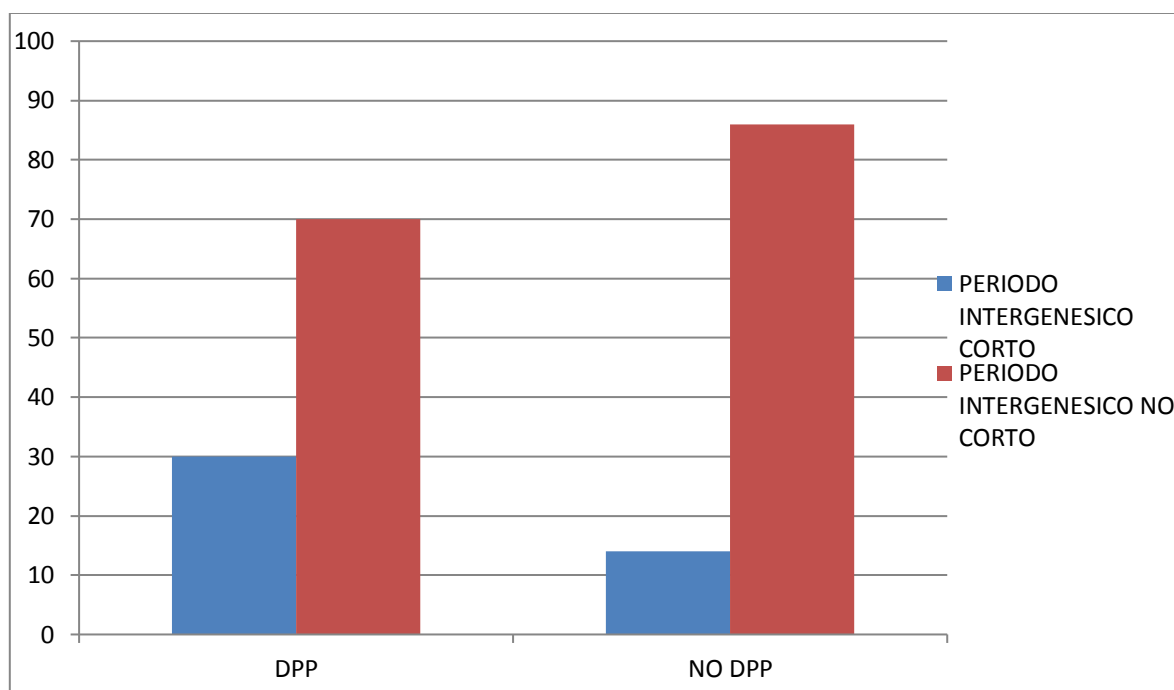
Periodo intergenésico	Desprendimiento prematuro de placenta		Total
	Si	No	
Corto	12 (30%)	11 (14%)	23
No corto	28 (70%)	69 (86%)	97
Total	40 (100%)	80 (100%)	120

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO –Protocolo de recolección de datos: 2015.

- Chi cuadrado: 4.5
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 2.7
- Intervalo de confianza al 95%: (1.16 – 4.24)

Se observa que la gestante con período intergenésico corto tiene 2.7 más riesgo de desarrollar desprendimiento prematuro de placenta en comparación con una gestantes sin periodo intergenesico corto y este riesgo puede extrapolarse a toda la población por ser significativo.

Gráfico N° 01: Periodo intergenésico corto como factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 –2015:



La frecuencia de periodo intergenésico corto en el grupo con desprendimiento prematuro de placenta fue de 30% mientras que en el grupo sin desprendimiento prematuro de placenta fue de 14%.

IV. DISCUSION:

En la tabla N° 1 se confrontan las distribuciones para cumplir con el objetivo principal, con el estadígrafo odds ratio de 2.7; con el cual se evidencia que las gestantes con periodo intergenesico corto en la muestra tienen más riesgo de presentar desprendimiento prematuro de placenta. Esta asociación muestral fue verificada con la prueba chi cuadrado para afirmar que tiene significancia estadística ($p < 0.05$) y concluir que el periodo intergenesico corto es factor de riesgo para el desenlace en estudio.

Dentro de los antecedentes encontrados observamos coincidencia con el estudio de **Gurol I. et al** en Reino Unido en el 2012 quienes precisaron la influencia del periodo intergenésico corto en desprendimiento prematuro de placenta, en un estudio de casos y controles en 399,674 pacientes; encontrando que la frecuencia de intervalo intergenesico corto en el grupo sin desprendimiento prematuro de placenta fue 32% mientras que en el grupo con desprendimiento fue 59% ($p < 0.05$)²⁴. En este caso el referente se desarrolla en un contexto poblacional de características muy disímiles; siendo una publicación reciente y que considera un diseño similar; sin embargo toma en cuenta un tamaño muestral mucho mayor; y en relación a las frecuencias de periodo intergenésico estas son superiores a las registradas en nuestro análisis, lo cual tendría que ver con diferencias poblacionales específicas.

Precisamos las conclusiones a las que llegó **Conde A, et al** en Venezuela en el 2012 quienes precisaron la asociación de intervalo intergenésico corto con desprendimiento prematuro de placenta; en una revisión sistemática de tipo metanálisis de 22 estudios en 23 478 gestantes; encontrando que la presencia de intervalos intergenésicos inferiores a 24 meses se asoció de manera significativa con desprendimiento prematuro de placenta ($p < 0.05$)²³, en este caso el referente toma en

cuenta un contexto poblacional de características similares por ser un país sudamericano, que emplea una estrategia de análisis diferente, siendo una publicación reciente pero que compromete un tamaño muestral mucho mayor; y que reconoce la asociación observada en nuestro análisis en cuanto a las variables de interés.

Reconocemos también las observaciones hechas por **Conde A, et al** en Norteamérica en el 2012 quienes precisaron la asociación entre periodo intergenésico inferior a 24 meses y desenlaces obstétricos adversos; en una revisión sistemática de tipo metanálisis de 58 estudios observacionales retrospectivos; observando asociación entre las variables de interés ($p < 0.05$)²⁵. En este caso el referente en mención toma en cuenta una población de características sociodemográficas diferentes, siendo una publicación contemporánea, con un diseño diferente, pero en el que es posible reconocer la significancia de la asociación entre las variables confrontadas en nuestro análisis.

Consideramos también las tendencias descritas por **Love E, et al** en Irlanda en el 2012 quienes precisaron la influencia del periodo intergenésico respecto a la aparición de desprendimiento prematuro de placenta, en un diseño de cohortes prospectivas en 30 937 gestantes; observando que la frecuencia del desenlace patológico fue observado en el 3.8% de pacientes con intervalo intergenésico óptimo y en el 4.8% de pacientes con intervalo intergenésico corto ($p < 0.05$)²⁶. En este caso el referente hace mención a una realidad sanitaria muy distinta, por medio de una investigación reciente, que compromete un tamaño muestral numeroso y si bien aplica un diseño diferente; se aprecia coincidencia en relación con la asociación observada en nuestro estudio.

Describimos finalmente los hallazgos encontrados por **Ananth C, et al** en Noruega en el 2015 determinaron la asociación entre periodo intergenésico corto y desprendimiento prematuro de placenta en un estudio de casos y controles prospectivo en 747 566 gestantes; observando que un periodo intergenésico corto se

relacionó de manera significativa con desprendimiento prematuro de placenta en comparación con los periodos intergenésicos óptimos ($p < 0.05$)²⁷. En este referente también es posible identificar hallazgos comunes a nuestras conclusiones, siendo una valoración muy actual, en una población diferente y con un tamaño muestral mucho más numeroso.

V. CONCLUSIONES

- 1.-El período intergenésico corto es factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo.
- 2.-La frecuencia de período intergenésico corto en gestantes con desprendimiento prematuro de placenta fue de $12/40 = 30\%$
- 3.-La frecuencia de período intergenésico corto en gestantes sin desprendimiento prematuro de placenta fue de $11/80 = 14\%$.
- 4.- No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación a la edad materna, edad gestacional y procedencia.

VI. SUGERENCIAS

1. La asociación entre las variables en estudio debiera ser reconocida como base para orientar estrategias preventivas con miras a reducir la frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes de nuestra población.
2. Se recomienda la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo expresado por estas variables en el tiempo con mayor exactitud.
3. Tomando en cuenta que el periodo intergenésico es una variable potencialmente modificable por medio de estrategias educativas y preventivas, sería conveniente comprometer al personal sanitario del primer nivel de atención para hacer énfasis en la planificación de la concepción tomando en cuenta las recomendaciones respecto al periodo intergenésico óptimo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arnedillo M, Barroso A, Ruiz M. Actuación en un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Estudio de un caso. *Matronas Prof.* 2011; 9 (2): 24-26.
2. Oyelese Y, Anath C. Placental abruption. *Obstet Gynecol.* Octubre 2011; 108(4): 1.005-16.
3. Defallah S, Babikir H. Risk factors predisposing to abruption placentae. Maternal and fetal outcome. *Saudi Med J.* Septiembre 2011; 25(9): 1.237-40.
4. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012; 85(6): 700-
5. Sarwar I, Abbasi A, Islam A. Abruptio placentae and its complications at Ayub Teaching Hospital Abbottabad. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* Enero-marzo 2011; 18(1): 27-31.
6. Ananth C, Peltier M, Chavez M, et al. Recurrence of ischemic placental disease. *Obstet Gynecol.* 2011; 110:128.
7. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011; 90:140.
8. Kaminsky L, Ananth C, Prasad V, et al. The influence of maternal cigarette smoking on placental pathology in pregnancies complicated by abruption. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 197:275.e1.
9. Ananth C, VanderWeele T. Placental abruption and perinatal mortality with preterm delivery as a mediator: disentangling direct and indirect effects. *Am J Epidemiol* 2011;174:99–108.
10. Pariente G, Shoham I, Kessous R, et al. Placental abruption as a significant risk factor for long-term cardiovascular mortality in a follow-up period of more than a decade. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2014; 28:32–8.
11. Canache A, Castejon O. Desórdenes hipertensivos asociados a desprendimiento prematuro grave de placenta normoinserta. *Salus.* 2012; 16 (2):9-14.
12. Rodríguez M, García J. Doppler fetal y desprendimiento prematuro de placenta. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54(8):423—427

13. Allah A, Allam A, Rasheed S. Pregnancy spacing after primary cesarean section: Its impact on uterine scar strength and mode of delivery,” *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2011;107(2): S435.
14. DaVanzo J, Hale L, Razzaque A. The effects of pregnancy spacing on infant and child mor-tality in Matlab, Bangladesh: How they vary by the type of preg-nancy outcome that began the interval. *Population Studies*.2011; 62(2): 131–154.
15. Dewey G. Cohen R. Does birth spacing affect maternal or child nutritional status? A systematic literature review. *Maternal & Child Nutrition*. 2011;3(3): 151–173.
16. Begna Z, Assegid S, Kassahun W, Gerbaba M. Determinants of inter birth interval among married women living in rural pastoral communities of southern Ethiopia: a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13: 116.
17. Fallahzadeh H, Farajpour Z, Emam Z. Duration and determinants of birth interval in Yazd, Iran: a population study. *Iran J Reprod Med* 2013; 11(5): 379-84.
18. Yeakey M, Muntifering C, Ramachandran D. How contraceptive use affects birth intervals: results of a literature review. *Stud Fam Plann* 2011; 40(3): 205-14.
19. Salas M, Torrico A, Aranda E. Anemia ferropénica durante el embarazo y su relación con el intervalo intergenésico. 2012; 49(2): 160-165.
20. Conde A, Belizana J, Bermanb C, Rosas A, Bermudezca L. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin América. 2011; 89:34-40.
21. Manon van Eijdsen, Luc JM Smits, Marcel F van der Wal, and Gouke J Bonsel. Association between short interpregnancy intervals and term birth weight: the role of folate depletion. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2011; 88: 53-147.
22. Azza A, El-Hamid A, Hassan M, Gaafar M. Adverse effects of interpregnancy intervalo n maternal health among pregnant women attending delivery at El-Manial University Hospital-Cairo University. 2011; 79(2): 31-41.
23. Conde A, Rosas A, Kafurya A. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;196 (4):297-308.
24. Gurol I. Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis.. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011; 11:95.

25. Conde A, Rosas A, Castaño F. Effects of Birth Spacing on Maternal, Perinatal, Infant, and Child Health: A Systematic Review of Causal Mechanisms. *Studies in Family Planning*. 2012; 43(2): 93–11.
26. Love E, Bhattacharya S, Smith N. Effect of interpregnancy interval on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland. *BMJ*. 2012;3 (41): 12-15.
27. Ananth C, Skjaerven R, Klunsoyr K. Change in paternity, risk of placental abruption and confounding by birth interval: a population-based prospective cohort study in Norway, 1967–2009. *BMJ Open* 2015; 5 (3): 12-19.
28. Kleinbaum D. *Statistics in the health sciences: Survival analysis*. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.
29. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.
30. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2011.

VI. ANEXOS:

ANEXO N° 1

Periodo intergenésico corto como factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Belén de Trujillo

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad _____

1.3. Edad gestacional: _____

1.4. Procedencia: Urbano () Rural ()

II. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Periodo intergenésico : _____

Periodo intergenésico corto: Si () No ()

III. VARIABLE DEPENDIENTE:

Desprendimiento prematuro de placenta: Si: () No: ()